

Año Fiscal 99
FACT (Familias, Agencias y Comunidades Unidas)/SSF (Familias Seguras y Estables)
Formulario de Evaluación de Servicios

Fecha en que inició el formulario: _____ Fecha de evaluación final:

 Nombre de la madre o cuidadora principal:

Formulario llenado por: _____ Tel. para contactar:
 (____) _____

Indique los nombres (primer y apellido) de los miembros de la familia que están recibiendo servicios:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Sírvase encerrar en un círculo las necesidades identificadas por los padres en la columna "1". Sírvase encerrar en un círculo las necesidades identificadas por el equipo en la columna "2". Una columna o las dos pueden ser marcadas según sea apropiado. A medida que transcurre el año, encierre en un círculo las necesidades adicionales identificadas por los padres (columna 1) o por el equipo (columna 2).

Al final del período de entrega del servicio, o en junio de 1999, encierre en un círculo el estado que mejor describa el estado del servicio para esa necesidad para el año (seleccione una opción de las columnas 3 a 9). Por ejemplo, si se ha dado el servicio, pero todavía continúa, marque con un círculo la columna 4. Si esperaron el servicio durante parte del año, pero después lo recibieron, marque la columna 3. Si la familia dijo que quería un servicio, pero en general no participaron, marque la columna 7. **Asegúrese de indicar el estado (usando la columna 3, 4, 5, 6, 7, 8, ó 9 por cada necesidad identificada en la columna 1 ó 2).**

Servicios	NECESIDADES		ESTADO al final de la evaluación						
	Necesidades identificadas por los padres	Necesidades identificadas por el equipo	Servicio dado	Servicio continuado	Espera recibir el servicio	Servicio no disponible	No desea el servicio	Fue enviado para que reciba servicio externo	No califica
EDUCATIVOS									

1. Ayuda de recurso (Educación especial)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. Colocación autosuficiente (Educación especial)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. Coordinación continua con educación especial	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. Servicios de lenguaje/idioma	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. Servicios OT/PT	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. Alfabetización para adultos/familia (ej. Even Start)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. Completar GED (educación general)/secundaria	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. Capacitación en habilidades para trabajar, orientación profesional	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9. Preparación para asistir a la universidad/asesoramiento académico	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10. Programa para después de la escuela (latch key)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11. Title One	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12. Coordinación continua con Title One	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13. Instrucción	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14. Programa de vacaciones semestrales universitarias	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	NECESIDADES		ESTADO al final de la evaluación						
Servicios	Necesidades identificadas por los padres	Necesidades identificadas por el equipo	Servicio dado	Servicio continuado	Espera recibir el servicio	Servicio no disponible	No desea el servicio	Fue enviado para que reciba servicio externo	No califica
15. Programas/campamentos para escuela de verano	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16. Programas de trabajo para el verano (Ej. ITPA)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17. ALS/Servicios bilingües/ESL	1	2	3	4	5	6	7	8	9
18. Coordinación continua con maestro(a) en el salón de clase	1	2	3	4	5	6	7	8	9
19. Enviar a Baby Watch	1	2	3	4	5	6	7	8	9
20. Enviar a servicios para niños que necesitan cuidado especial por razones de salud.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
21. Enviar a otro pre-escolar/Head Start	1	2	3	4	5	6	7	8	9
22. Cuidado de niños	1	2	3	4	5	6	7	8	9
23. Planificación familiar	1	2	3	4	5	6	7	8	9
24. Clases para padres (temas relacionados con el desarrollo)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
25. Visitas al hogar*	1	2	3	4	5	6	7	8	9
26. Padres como maestros	1	2	3	4	5	6	7	8	9
27. Otro (especifique): _____	1	2	3	4	5	6	7	8	9
_____	1	2	3	4	5	6	7	8	9
_____	1	2	3	4	5	6	7	8	9
SALUD - CONDUCTA/MENTAL									

28. Asesoramiento/terapia en grupo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
29. Asesoramiento/terapia individual	1	2	3	4	5	6	7	8	9
30. Asesoramiento/terapia en familia	1	2	3	4	5	6	7	8	9
31. Desarrollo de habilidades (sociales)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
32. Consulta con el maestro(a) para controlar la conducta	1	2	3	4	5	6	7	8	9
33. Consulta con el padre(madre) para controlar la conducta	1	2	3	4	5	6	7	8	9
34. Clase de técnicas para ser padres (guía/disciplina)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
35. Prevención/tratamiento de maltrato/abandono de la familia	1	2	3	4	5	6	7	8	9
36. Mentor para la familia	1	2	3	4	5	6	7	8	9
37. Defensor de la juventud/mentor para los niños	1	2	3	4	5	6	7	8	9
38. Tratamiento durante el día (Ej. CBTU, Centros para niños)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
39. Administración de medicamentos	1	2	3	4	5	6	7	8	9
40. Noches familiares	1	2	3	4	5	6	7	8	9
41. Guardería de niños/descanso en caso de crisis	1	2	3	4	5	6	7	8	9
42. Grupo de apoyo para la familia	1	2	3	4	5	6	7	8	9
43. Enviar a FACT o SSP	1	2	3	4	5	6	7	8	9
44. Evaluación psicológica	1	2	3	4	5	6	7	8	9
45. Clases o asesoramiento en caso de aflicción	1	2	3	4	5	6	7	8	9
46. Servicios de protección	1	2	3	4	5	6	7	8	9
47. Prevención/intervención en caso de abuso de drogas	1	2	3	4	5	6	7	8	9
48. Colocación residencial	1	2	3	4	5	6	7	8	9
49. Hospitalización (paciente interno)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
50. Prevención/intervención de pandillas	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Servicios	NECESIDADES		ESTADO al final de la evaluación						
	Necesidades identificadas por los padres	Necesidades identificadas por el equipo	Servicio dado	Servicio continuado	Espera recibir el servicio	Servicio no disponible	No desea el servicio	Fue enviado para que reciba servicio externo	No califica
51. Prevención de vagancia/faltas a clase	1								
52. Visitas al hogar*	1								
53. Otro (especificar): _____	1								
_____	1								
_____	1								
APOYO ECONÓMICO									
54. Servicios de empleo: planeamiento, habilidades para trabajar, capacitación, empleo de apoyo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
55. Ayuda con economía doméstica de la familia	1	2	3	4	5	6	7	8	9
56. Ayuda con vivienda	1	2	3	4	5	6	7	8	9
57. Medicaid	1	2	3	4	5	6	7	8	9
58. Programa de cuidado/Blue Cross/Blue Shield	1	2	3	4	5	6	7	8	9
59. TANF/FEP Apoyo con dinero en efectivo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
60. Estampillas para alimentos (Food Stamps)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
61. Bancos de alimentos	1	2	3	4	5	6	7	8	9
62. Even Start/Padres como maestros	1	2	3	4	5	6	7	8	9
63. Programa de Acción Comunal	1	2	3	4	5	6	7	8	9
64. Conexiones con apoyo/ayuda religiosa	1	2	3	4	5	6	7	8	9
65. Ingresos de seguridad suplementarios (SSI)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
66. Programa HEAT	1	2	3	4	5	6	7	8	9
67. Crédito fiscal por ingresos recibidos	1	2	3	4	5	6	7	8	9
68. Ayuda durante las fiestas navideñas/ Sub for Santa	1	2	3	4	5	6	7	8	9
69. Ayuda material: Ropa, zapatos, etc.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
70. Ayuda material: Casa	1	2	3	4	5	6	7	8	9
71. Ayuda material: Mantenimiento/repación del auto	1	2	3	4	5	6	7	8	9
72. Transporte: Pase para el bus, obtener licencia para manejar, etc.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
73. Pases para actividades recreativas	1	2	3	4	5	6	7	8	9
74. Subsidio para cuidado de los niños	1	2	3	4	5	6	7	8	9
75. Servicios/fondos para restablecimiento de una víctima	1	2	3	4	5	6	7	8	9
76. Recolección de dinero para mantener a los hijos	1	2	3	4	5	6	7	8	9
77. Otros fondos de emergencia/ discrecionales para vivienda, atención médica y transporte	1	2	3	4	5	6	7	8	9
78. Servicios de apoyo TANF/ discrecionales	1	2	3	4	5	6	7	8	9
79. Fondos DCFS Z	1	2	3	4	5	6	7	8	9
80. Conexión con seguro de salud (Ej. CHIP)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
81. Visitas al hogar*	1	2	3	4	5	6	7	8	9
82. Otro (especificar): _____	1	2	3	4	5	6	7	8	9
_____	1	2	3	4	5	6	7	8	9
_____	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Servicios	NECESIDADES		ESTADO al final de la evaluación						
	Necesidades identificadas por los padres	Necesidades identificadas por el equipo	Servicio dado	Servicio continuado	Espera recibir el servicio	Servicio no disponible	No desea el servicio	Fue enviado para que reciba servicio externo	No califica
SALUD									
83. Conexión con cuidado prenatal (Baby Your Baby)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
84. Educación prenatal/nacimiento de un bebé/amamantamiento	1	2	3	4	5	6	7	8	9
85. Conexión con médico/clínica	1	2	3	4	5	6	7	8	9
86. Tratamiento para piojos	1	2	3	4	5	6	7	8	9
87. CHEC (Examen/protección EPSDT), chequeo periódico del estado de salud de los niños	1	2	3	4	5	6	7	8	9
88. Tabletas/enjuague de fluoruro	1	2	3	4	5	6	7	8	9
89. Servicios dentales arreglados por programa	1	2	3	4	5	6	7	8	9
90. Fábrica de sonrisas	1	2	3	4	5	6	7	8	9
91. Asesoramiento/educación en cuanto a nutrición	1	2	3	4	5	6	7	8	9
92. Vacunación	1	2	3	4	5	6	7	8	9
93. Servicios de visión arreglados por programa	1	2	3	4	5	6	7	8	9
94. Servicios de audición arreglados por programa	1	2	3	4	5	6	7	8	9
95. Control de enfermedad crónica	1	2	3	4	5	6	7	8	9
96. Consulta de enfermera con padres, estudiantes, maestro(a), o equipo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
97. Clases de educación en cuanto a la salud (padres o estudiantes)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
98. Servicios de higiene	1	2	3	4	5	6	7	8	9
99. Visitas al hogar*	1	2	3	4	5	6	7	8	9
100. Otro (especificar): _____	1	2	3	4	5	6	7	8	9
_____	1	2	3	4	5	6	7	8	9
_____	1	2	3	4	5	6	7	8	9
LEGAL									
101. Naturalización	1	2	3	4	5	6	7	8	9
102. Libertad condicional	1	2	3	4	5	6	7	8	9
103. Asuntos sobre custodia/divorcio	1	2	3	4	5	6	7	8	9
104. Equipo defensor de asuntos legales	1	2	3	4	5	6	7	8	9
105. Enviar a servicios para casos de abandono de estudios/faltas a clase	1	2	3	4	5	6	7	8	9
106. Conexión con ayuda legal	1	2	3	4	5	6	7	8	9
107. Conexión con servicios de violencia en el hogar/defensor	1	2	3	4	5	6	7	8	9
108. Contacto con trabajador de tribunal	1	2	3	4	5	6	7	8	9
109. Asistir a audiencias de tribunal	1	2	3	4	5	6	7	8	9
110. Revisión de custodia DCFS/personal	1	2	3	4	5	6	7	8	9
111. Programa de preparación para un tribunal	1	2	3	4	5	6	7	8	9
112. Visitas al hogar	1	2	3	4	5	6	7	8	9
113. Otro (especificar): _____	1	2	3	4	5	6	7	8	9
_____	1	2	3	4	5	6	7	8	9
_____	1	2	3	4	5	6	7	8	9

* El propósito y la persona que hace las visitas al hogar determinarán la sección que se marca (por ejemplo: la visita de una enfermera al hogar se marcaría en la sección de salud).

FACT Cantidad de fondos flexibles gastados

Artículo/Servicio Comprado
